



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1936, 13(4): 551-554

ISSUE DATE:

1936-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205637>

RIGHT:

## 臨床診断ト手術所見

### 「イレウス」ノ1異型

上 月 貞 藏 (京都外科集談會昭和11年4月例會所演)

患者: 満 1 1/2年ノ男兒。満期安産。母乳榮養。

主訴: 瀕回ノ嘔吐

現病歴: 入院3日前(30/I) 午前6時頃突然顔面蒼白, 腹部膨滿ヲ來タシ, 嘔吐瀕々ト來ル。浣腸ヲ行フモ極ク少量ノ排便アリシノミ。體溫上昇ハ殆ンド無ク, 注射等ニ依リ號泣スル時少量ノ排尿ト共ニ機嫌一時良好トナレルカト思ハレタ。

斯ノ如キ發作ハ昨年11月以來3回アリ, 何レモ浣腸ニ依リ輕快シタ(1/Ⅱ入院)。

現在症: 榮養衰ヘ。顔面蒼白, 口唇「チアノーゼ」瞳孔ノ對光反應ハ緩慢。脈搏ハ1分時160, 緊張弱。

呼吸1分時30, 胸式不穩。

腹部ハ強度ニ膨滿シ, 特ニ上腹部ニ於テ甚シ。蠕動不穩ハ認メズ。觸診上一般ニ軟ニシテ, 何處ニモ抵抗, 腫瘤ヲ觸レズ。亦波動モ證明セズ。打診上強度ノ鼓音ヲ呈シ, 聽診上腸音ハ全ク聽取シ得ズ。

直腸膨大部ハ極度ニ擴張シ, Douglas 氏腔ニハ異狀ヲ認メズ。

血像: 白血球數4500, 中性多核白血球 85%

診斷: 麻痺性「イレウス」

手術: 正中線切開ニテ腹腔ニ達スルニ, 膀胱ガ極度ニ膨滿セルヲ認メタリ。大人手拳大, 卵形, 表面ハ充血シ彈性軟固圓トノ癒癒ハ全ク認メズ。直チニ穿刺ニ依リ約300cc. ノ澄明ナル尿ヲ排除セリ。萎縮セル膀胱ヲ視ルニ結石腫瘤等ハ認メズ。

腸ハ一般ニ膨滿シ, 特ニ大腸ニ於テ甚シ。然ルニ狹窄及ビ異狀癒着ハ全ク無シ。又タ胃幽門部, 廻盲部, 及ビ S字狀結腸ニモ「イレウス」ヲ起スベキ原因ヲ認メズ。腹壁ヲ縫合閉鎖シ手術ヲ了ル。

經過: 術後 Dauerkatheter ニ依リ排尿ヲ行フ。其ノ際尿道狹窄ハ認メザリキ。患者ハ術後約8時間ニテ鬼籍ニ入ル。

考察: 本手術ニ依リ知り得タル事ハ, 1) 膀胱ガ強度ニ膨滿シテ居タ事。2) 腸, 特ニ大腸ガ強く膨滿シテ居タルモ, 狹窄ヲ全然認メザリシ事ナリ。

極度ニ膨滿セル膀胱ガ腸管ノ何レカラ壓迫シテ, 機械的ノ「イレウス」ヲ發生シタルモノトハ考ヘラレヌ。

神經支配ノ異狀ニ依リ, 發作性ニ腸管及ビ膀胱内容ノ停滯ヲ來タシ, 宛モ脊髓癆ニ於ケルガ如ク麻痺性「イレウス」ノ症狀ヲ發シタルモノト考ヘラレルガ, 本患者ニ於テハ如何ナル種類ノ神經支配異狀ニ依ルカ不明ナリ。

### 腎臟腫瘍ノ1例

宇 野 充 (京都外科集談會昭和11年4月例會所演)

患者: 61歳, 男子。

主訴: 左腹部無痛性腫瘤及ビ背部鈍痛。

現訴：約1年半前ヨリ左腹部＝無痛性腫瘤アリ。又タ約1年前ヨリ2ヶ月＝1度血尿アリ。約11ヶ月前飲酒セル＝左腹部＝持続性劇痛ヲ訴ヘ2時間ニテ輕減シタルモ 4～5日間鈍痛アリテ背部＝放射性＝放散ス。約3ヶ月前溫泉浴ヲ行ヒタル＝前回同様ノ疼痛アリテ血尿ノ頻度増加シ疼痛ハ現今迄持續シ睡眠モ爲メ＝障礙セラル。

既往症：5～6年前無痛性横痃ヲ患ヒ驅微療法＝依リ治癒ス。昨年淋疾ヲ患ヒタリ。

局所々見：腹部ハ一般＝肥滿ノタメ強ク膨大スルモ視診上左側腹部ハ右＝比シ更＝大、特＝左腹部＝於テ臍ノ高サヨリヤ、下方ヨリ上側方＝向ヒ左肋骨弓＝及ブ扁平ノ腫瘤アリ。此ノ部ノ腹壁＝數條ノ靜脈怒張アル外異常着色蠕動不穩搏動性運動ヲ認メズ。觸診上該膨起部左上腹部＝小兒頭大ノ腫瘤ヲ觸ル。腫瘤ハ臍ノ下方3横指2横指側方ヨリ上側方＝向ヒ肋骨弓内ニカクル。側方ハ略々前腋下線上＝及ブ。即チ肋骨弓ヨリ17cm 幅ハ下部ノ狹キ部10cm 肋骨弓＝近ク廣キ部分ハ15cm、全體トシテ巨大ナ舌狀ノ腫瘤ナリ。腫瘤ハ更＝鶯卵大ヨリ手拳大ノ略々球狀ノ小腫瘤ノ集リノ如ク觸ル。腫瘤ノ下部＝ハ壓痛ヲ證明ス。

表面平滑硬度彈力性呼吸ト＝共＝輕度＝移動シ、摘ンデ動カス＝肋骨弓ヲ支點トスル振子様運動ヲ營マシメ得。打診上腫瘤上ハ鼓音ヲ呈ス。腫瘤ハ双手の觸診＝依リ腰三角帶ノ方ヨリ觸診シ得ズ。

尿所見・尿沈渣＝赤血球白血球共＝少數大腸菌ナク腎臟膀胱表皮細胞共＝少數 geschwänzte Zelle 少數證明ス。

膀胱鏡検査：右輸尿管開口部ハ正常輕度＝潤濁セル尿ヲ出ス。左側ハ右＝比シヤ、高く位置シ開口部ノ周圍ハ wulstartig ＝高マリ fein höckrig glänzend 血管少ク1ツノ腫瘍ヲ形成ス。導管法＝依リ左側ハ挿入シ得ズ。レインゴバルミン<sup>7</sup>試験、右側ハ14分、左ハ出デズ。

X線検査：空氣注入法 Perabrodil ＝依ル腎臟腎盂攝影法ヲ行ヘル＝右側ハ正常左側ハ現出セズ。

診斷：以上ノ所見ヨリ後腹膜腫瘍＝シテ多分左腎腫瘍ナラント考ヘタルモ臨床的＝双手の觸診法＝依リ腰部三角帶ヨリ觸レ得ザルヲ以テ直チ＝左腎ソノモノナリトハ診斷シ得ズ。手術ヲ行ヘリ。

手術所見：左直腹筋外切開ヲ以テ超腹膜腎臟剝出術ヲ行フ。

脂肪囊ヲ鈍性＝破リコ、ヨリ鈍性＝腫瘤ヲ剝離ス。腫瘤ハ上極＝於テ横膈膜＝癒着シ前面ハ肋骨面＝接シ脾臟ヲ壓迫シ後面ハ後壁筋膜＝全面的＝癒着ス。肋骨弓ヨリ下部＝於テハ下方中心線ノ方＝向ヒ下極ノ一部中心部ハ腹部大動脈大静脈上＝座シ長軸25cm 幅15cm 腫瘤ハ鶯卵大ヨリ手拳大ノ數個ノ小腫瘤ノ集合セル prall elastisch ノ巨大ナ囊狀腫瘤＝シテ内容物ヲ出ス＝暗紫色脂肪球<sup>7</sup>ヒヨレストリン<sup>7</sup>板ヲ混ジ組織片ヲ混ジタルモノナリ。腫瘤ノ中心側5cm 上方ノ部＝腫瘍化シタル輸尿管ヲ發見シコレヲ可及的膀胱底＝近ク切斷シ腫瘤ヲ剔出ス。

病理組織所見：囊狀ノ腎臟壁及ビ腫瘍化セル輸尿管ノ部ヲ檢スル＝腎臟壁ハ纖維腫＝シテ肉腫性變化アリ。輸尿管ハ肉腫性變化＝シテ<sup>7</sup>イムペデン<sup>7</sup>現象ハ陽性ナリ。

考察：即チ此ノ巨大ナ腎臟囊腫ハ初メ＝左膀胱内腫瘍ガ輸尿管ヲ浸潤シ之＝狹窄ヲ起シ更＝腎臟＝及ビ腎臟ハ腫瘍化ト水腫化トヲ共＝起シタ状態＝アルモノナリ。又此ノ腫瘤ハ肋骨弓内ニテハ後壁＝全面ガ癒着シ之ヨリ下方デハ腫瘤ハ腹腔側＝突出シ下極ノ一部ハ大動脈＝座シ丁度腫瘤ハ架橋シタルガ如キ状態＝アリタルタメ双手的＝觸診シ得ザリシナリ。

結論：一般＝腎腫瘤ナルコトヲ診斷スル爲メニハソノ腫瘤ガ双手の觸診＝ヨリ觸レ得ラルルコトハ1ツノ主要ナ根據ナルモ、本例ノ如ク其他ノ臨床所見＝立脚シテ十中八九腎腫瘍ト考ヘラルル場合＝モ双手の觸診不可能ノコトアリ。診斷上1ツノ臨床的所見＝捕ハレザル様注意ヲ要ス。

## 廻腸穿孔ノ1異例

岐阜縣立病院外科 川上儀三郎（京都外科集談會昭和11年5月例會所演）

患者：52歳，男子。

主訴：右下腹部激痛並ニ腹部膨滿感。

既往症：14, 5年前蛔蟲驅除ヲ受ケタル以外著患ナシ，腹部ニ打撲ヲ受ケタルコトナシ，血清ノワ氏反應ハ陰性。

現病歴：約26時間前急ニ廻盲部ニ激痛ヲ來ス，非痙攣性ニシテ放散セズ，惡心，嘔吐共ニナシ，注射ニヨリ輕快セズ，次第ニ腹部膨滿感ヲ來セリ，發病以來放屁，排便共ニナシ。

現症：體格中等大，羸瘦シ顔貌稍々苦悶狀ヲ呈ス，脈搏1分間120，緊張稍々弱ク體溫 37.4°C

局所々見：腹部瀰漫性ニ膨隆シ特ニ下腹部ニ著シ，皮下溢血，蠕動不穩ヲ認メズ，筋性防禦ハ著明ナルモブルムベルグ氏症候明ナラズ，到ル處壓痛アルモ特ニマツクバーネ氏點ニ著シ，腹部中央ハ打診上鼓音ヲ呈スルモ兩側腹部ハ濁音ヲ呈シ腸雜音ハ全ク消失ス。

診斷：蟲様突起炎ニヨル穿孔性腹膜炎。

手術所見：（發病後29時間目）。右直腹筋外切開ニテ開腹スルニ最初ハ淡黃色，比較的透明ノ腹水多量ニ排出シ，次第ニ濃厚褐色ニ濁濁ス，惡臭少シ，廻盲部ノ腸蹄係ノ間ニハ黃色ノ苔アリ互ニ輕ク癒着ス，大網膜ハ廻盲部デ小腸ト輕キ癒着ヲ營ム，蟲様突起ハ盲腸ノ後壁ニ癒着シ輕ク充血シ浮腫狀ヲ呈スルモ壞疽性ニ變化セル部及ビ穿孔部ナシ。蟲様突起ヲ切除ス，腹腔内ニ胃腸内容物ト思ハル、綠色，菜ツ葉様小片ヲ見出セルニ依リ正中切開ニテ胃，十二指腸，及空腸ヲ檢スルニ病變，穿孔ナシ，尙精査スルニ廻盲辨ヨリ口側約20cmノ廻腸ニ於テ腸間膜附着部反對側ニ約豌豆大ノ略々圓形ノ腸壁缺損ヲ認ム。創縁新鮮ニシテ挫滅癰痕，壞疽，浸潤ノ如キ病的所見ナシ，アタカモソノ部ヲ穿刺セル如シ，ソノ部ハソノマ、縫合閉鎖ス，ドウグラス氏腔ノ左半ニ於テ1匹ノ蛔蟲ニ觸知シ除去ス，雌ノ成蟲ニシテ長サ18.5cmナリ。腸壁ヲ通ジテ小腸内諸處ニ蛔蟲ヲ觸ル、モソノ他ノ腸蹄係ニハ何等病變ヲ認メズ，正中切開ハ閉鎖シ右直腹筋外切開ノ一部ヲ開放シテ手術ヲ終ル。

術後經過：種々ノ處置ニ依リ第3日ニ自然放屁腸雜音現ハレタルモ，衰弱加ハリ術後12日目不幸鬼籍ニ入ル。

考察：蛔蟲ニ依リ惹起サル消化管ノ種々ノ疾患ノ中穿孔ニ就キ結核，黴毒，外傷ヲ證セズ穿孔部ノ組織學的檢査ノ出來ザリシハ甚ダ遺憾ナルモ少クトモ肉眼上何等病變ヲ認メザル腸管ニ於テ只蛔蟲ノミニ由來セル文獻上ソノ例稀有ナル1穿孔例ナラント信ズ。

## 腹壓ニ依ルS字狀結腸破裂

上月貞藏（京都外科集談會昭和11年5月例會所演）

患者：48歳，男子。

主訴：腹部ノ激痛。

現病歴：本年14/V朝8時相當強キ腹壓ヲ以テ排便セル後，約30分ニシテ突然下腹部ニ激烈ナル持續性疼痛ヲ來シ，次第ニ激シクナリ，激痛ハ腹部全體ニ及ビ，背部ニ突キヨケル様ナリ。

正午頃ヨリ惡心嘔吐アリテ，嘔吐物ハ珈琲殘渣様ナリ。發病以來體溫上昇，排便及ビ自然排氣無シ。

現在症：骨骼頑強，榮養良好，顔面蒼白苦悶狀，口唇ハ「チアノーゼ」ヲ呈ス。呼吸ハ不穩狀胸式呼吸

1分時40, 脈搏ハ緊張弱ナラズ1分時120。腹部ハ一般ニ膨滿シテニ上腹部ニ於テ著明ナリ。

蠕動不穩ハ認メズ。腹壁ニ靜脈怒張ヲ認メズ。觸診上腹壁緊張強ク板樣硬ナリ。到ル處壓痛アリ。腫瘤ハ觸レ得ズ。打診上上腹部ハ多少濁音ヲ呈セルモ、下腹部ハ鼓濁音ヲ呈ス。聽診上腸雜音ハ證明セズ。直腸膨大部ハ強度ニ擴張シ、Douglas 氏腔ニ壓痛ヲ訴ヘズ、又々腫瘤ヲ證明セズ。

血液像：白血球數3800, 中性多核白血球52%。

尿ノ Diastase ハ 8倍稀釋迄陽性。

横隔膜<sub>L</sub>キモグラフィ<sub>ー</sub>ヲ檢スルニ、横隔膜ノ運動ハ左右共著シク障碍サレ、曲線型ハ左右並ビニ各點ニ於テ著シク不整ナリ。

診斷：以上ノ所見ヨリ穿孔ニ依ル汎發性腹膜炎ナル事ハ明ラカナルモ、胃潰瘍又ハ蟲樣突起炎ノ既往症無ク、如何ナル部分ガ穿孔セルカ不明ナルマ、手術ヲ行ヘリ。

手術：(發病後約8時間)正中切開ヲ以テ腹腔内ニ入ルニ、瓦斯ノ排出ト共ニ惡臭アル血液樣濁セル腹水ヲ多量ニ認メ、此ノ腹水中ニ黃色有形便ノ浮游セルヲ認メタリ。吸引ニ依リ腹水約 600cc ヲ除キタルモ、腹腔全體ハ非常ニ汚染サレ、腸管壁ハ何レモ充血セリ。有形便ノアル事ヨリ大腸ノ穿孔セルヲ知り、廻盲部、上行結腸、横行結腸、下行結腸ヲ見ルニ何等異狀ヲ認メズ。次ニ S 字狀結腸ヲ檢セント骨盤腔内ニ入ルニ、益々多量ノ有形便ヲ認メタリ。之レ等ヲ拭ヒ去ルニ S 字狀結腸ノ下端デ直腸ニ近キ部分ニ於テ約拇指頭大ノ破裂ヲ認メタリ。破裂ヲ起セル部分ノ腸壁ハ浮腫狀ニシテ脆ク、且ツ緊張セル爲メ縫合ハ不可能ナリ。S 字狀結腸及ビ直腸ヲ些細ニ見ルニ、異狀癒着並ビニ腫瘤ハ證明セズ。又肛門ヨリ觸レ得ラレル直腸ノ範圍内ニ於テモ何等ノ異狀ヲ認メズ。故ニ破裂部ニ<sub>L</sub>ガーゼ、タンポナ<sub>ー</sub>デ<sub>7</sub>ヲ施シタルノミニテ腹壁ヲ一部縫合シ左腸骨窩ニ破裂部ヨリ口側ノ S 字狀結腸ニ人工肛門ヲ作り、手術ヲ終ヘタリ。

此ノ患者ハ術後約7時間ニテ不幸鬼籍ニ入ル。

結論：皮下腸管破裂症ノ成立機轉ニ就イテハ、外傷性ノモノ、牽引作用ニヨルモノ、腸管内壓亢進ニ依ルモノノ 3ツガ考ヘラレルガ、一般ニハ外傷性ノモノ最モ多ク、腸管ノ内壓亢進ニ依ルモノハ極メテ稀ナリ。

現今一般ニ信ゼラレル所ニ依レバ、脱腸孔ノ存在セザル限り、健全ナル腸管ガ腹壓ニ依リ破裂ヲ來タス事ハ生理的ニハ不可能ナル事ナリ。況シテ S 字狀結腸ガ單ナル腹壓ニ依リ破裂ヲ起ス事ハ吾人ノ想像モ及バザル所ナリ。

然ルニ上述ノ症例ハ健康ナル男ニシテ、強靱ナル腸壁ヲ有スル S 字狀結腸ニ於テ、而モ何等異狀ヲ證明シ得ザリシニ關ラズ、腹壓ニ依リ破裂ヲ來セルモノニシテ、斯ル事實ノ存在ヲ得ル貴重ナル例ナリ。